

介護用品・育児用品リサイクル事業 申込書

<input type="checkbox"/> 介護用品 <input type="checkbox"/> 育児用品 ゆずってください	No. _____
--	-----------

(_____ 事務所)

受 付 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
品 名	<具体的な希望内容>	
譲 受 希 望 者	氏 名	<input type="checkbox"/> 会 員
	住 所	赤磐市
	電話番号	(_____) _____ - _____
当該年度の譲受	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
登 録 期 間	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで	

- 1品につき1枚ご記入ください。
- 物品の譲り受けは、原則として本会事務所でを行います。また、搬送など譲り受けに伴う諸経費は、譲受者の負担とします。
- 物品の譲り受けは、各年度で1世帯あたり1品とします。ただし、2品目以降の譲り受けを希望する場合、本会広報紙で募集を行い、1か月経過しても希望者がいないときは、新たに1品受け取ることができます。その後も同様です。
- 登録の取り消しを希望される場合は、速やかに本会に連絡してください。
- 申込書に記載された個人情報、無断で第三者へ提供しません。
- 譲渡時や譲渡後の事故等のトラブルについては、本会は一切の責任を負わない。

 <社協記入欄>

受 渡 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日完了	
譲 渡 者 No.	No. _____ (_____ 事務所)	
受 渡 場 所	<input type="checkbox"/> 社協 <input type="checkbox"/> 譲渡（提供）者宅 <input type="checkbox"/> 譲受者宅	